

**NOTIFICACION NEGATIVA DE MEDICAID HEALTHY START / CONTINUOUS NEWBORN  
ELEGIBILITY**

Fecha	Numero de Caso
Nombre del Cliente (Apellidos, I Nombre, Inicial II Nombre)	
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	

Su elegibilidad par el programa Medicaid Healthy Start **NO** ha sido aprobada. Si usted ahora esta recibiendo beneficios de Medicaid Healthy Start, su cobertura terminara el día \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa).

Usted **NO** es elegible para Medicaid Healthy Start porque:

- Su ingreso esta arriba de los limites de elegibilidad (vea los cálculos abajo). Sin embargo, si usted o cualquier miembro del grupo familiar contraen gastos médicos que llenan o exceden la cantidad de su deducible de Medicaid, personas en su grupo familiar que estén embarazadas o menores de 6 años de edad pueden ser elegibles para Medicaid. La cantidad de deducible para los miembros de su grupo familiar que estén embarazadas o menores de 6 años es \$\_\_\_\_\_ (vea los cálculos al final de esta notificación). El periodo de tiempo que este deducible es calculado es del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_. Esta cantidad de deducible y periodo de tiempo puede ser diferente en un periodo retroactivo o si en el futuro ocurre un cambio en su ingreso.

Los miembros de su grupo familiar que estén entre los 6 y 18 no pueden calificar para Medicaid Healthy Start por medio del deducible, sin embargo, ellos pueden ser elegibles bajo reglas regulares de Medicaid/BadgerCare. Para mas información acerca de los deducibles de Medicaid, vea la hoja de información "Deducibles Médicos" (Medicaid Deductibles) (PHC 10052) en <http://dhfs.wisconsin.gov/medicaid1/publications.htm> - [Fact Sheets](#) o contacte a su trabajador.

- Nadie en su grupo familiar esta embarazada o es menos de 19años.
- Los miembros de su grupo familiar quienes estén embarazadas o menores de 19 años no son elegibles por las razones siguientes.

\_\_\_\_\_.

- Su niño(s) **NO** es(son) elegibles para Continuous Newborn Eligibility porque:
- El niño no ha residido continuamente con usted, la madre biológica.
- Usted **NO** es elegible para y recibir beneficios de Medicaid al momento del nacimiento de su niño.

- Otro** \_\_\_\_\_.

La elegibilidad de un niño para Medicaid Healthy Start será basada en sus circunstancias actuales (ingreso familiar, composición del grupo familiar, etc.). Un trabajador de la agencia se comunicara con usted si se necesita futura información para determinar su elegibilidad de Medicaid Healthy Start. Usted recibirá (y ya la puede haber recibido) otra notificación que explica si su niño(a) es encontrado elegible para Medicaid Healthy Start bajo los requisitos regulares. Si su niño no es determinado elegible, se explicaran las razones.

Si usted no esta de acuerdo con esta decisión, la notificación también explicara como y donde usted puede apelar una negación a los beneficios de Medicaid Healthy Start solicitando una audiencia imparcial. Por favor vea la información adjunta acerca de audiencias imparciales.

Nombre – Economic Support Worker (Trabajador de Apoyo Económico) (Last, First, MI)	Numero Telefónico
--	-------------------

**Cálculos de Medicaid Healthy Start**

El tamaño de su Grupo de Medicaid = \_\_\_\_; (esto incluye \_\_ fetos).

INGRESO

1. INGRESO BRUTO DEVENGADO .....	\$ _____.
2. DEDUCCION DE GASTOS DE TRABAJO.....	- \$ _____.
3. TOTAL DE INGRESO NO GANADO.....	+\$ _____.
4. INGRESOS EXENTOS ESPECIALES .....	- \$ _____.
5. COSTOS DE CUIDADO DE NIÑOS.....	- \$ _____.
6. INGRESOS CONTABLES PARA MEDICAID (Líneas Netas de 1 a 5).....	=\$ _____.
7. MUJERES EMBARAZADAS & NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS – LIMITE DE INGRESO CATEGORICAMENTE NECESITADO .....	\$ _____.
8. NIÑOS DE 6 A 18 AÑOS DE EDAD - LIMITE DE INGRESO CATEGORICAMENTE NECESITADO .....	\$ _____.
9. MUJERES EMBARAZADAS & NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS – LIMITE DE INGRESO MEDICAMENTE NECESITADO .....	\$ _____.
<hr/>	
10. INGRESO CONTABLE PARA MEDICAID .....	\$ _____.
11. LIMITE DE INGRESO MEDICAMENTE NECESITADO PARA MUJERES EMBARAZADAS & NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD .....	- \$ _____.
12. EXCESO .....	=\$ _____.
13. CANTIDAD DE DEDUCIBLE ESTIMADO DE MEDICAID POR 6 MESES PARA MUJERES EMBARAZADAS & NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS .....	\$ _____.

Distribution:                      Applicant – Original                      Case File – Copy

## SUS DERECHOS Y REPOSABILIDADES DE WISCONSIN WORKS (W-2) SERVICES, CHILD CARE, MEDICAID/BADGERCARE Y FOODSHARE WISCONSIN

**USTED TIENE EL DERECHO A UNA NOTIFICACION ESCRITA de la agencia antes de que cualquier acción sea tomada para terminar o reducir sus beneficios de FoodShare o Medicaid/BadgerCare.** Para la mayoría de las acciones, una notificación le será enviada por lo menos 10 días antes que la acción sea tomada. Una notificación escrita de 10 días le será enviada antes que una acción sea tomada para terminar sus beneficios de Child Care. (Esto no aplica a los pagos de Wisconsin Works (W-2))

**USTED PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL PARA LOS BENEFICIOS DE FOODSHARE, MEDICAID/BADGERCARE O CHILD CARE** si usted no esta de acuerdo con cualquiera de las acciones de la agencia incluyendo la cantidad de sus beneficios de FoodShare. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona con la agencia que se enlista en el frente de esta notificación. También, usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito al Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 o llamando al 1-608-266-7709. Su solicitud debe de ser recibida (1) entre los 45 días siguientes a la fecha de inicio de la acción por Medicaid/BadgerCare y Child Care y, (2) entre los 90 días siguientes a la fecha de inicio de la acción por FoodShare Wisconsin. La solicitud para una audiencia imparcial por Child Care debe de hacerse por separado de la solicitud de la audiencia imparcial para FoodShare Wisconsin y/o Medicaid/BadgerCare.

En la mayoría de los casos, si su solicitud de una Audiencia Imparcial es recibida por la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones) antes de la fecha efectiva de la acción, sus beneficios de Medicaid/BadgerCare y/o FoodShare no terminaran o serán reducidos. Los beneficios continuaran por lo menos hasta que la decisión de su apelación sea hecha. Durante este tiempo, si otro cambio no relacionado ocurre, sus beneficios de Medicaid/BadgerCare o FoodShare pueden cambiar. Si otro cambio ocurre, usted recibirá una nueva noticia. Si usted no esta satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial, puede apelarla y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si la decisión termina o reduce sus beneficios, quizás tenga que devolver cualquier beneficio que recibió cuando su apelación estaba pendiente. Usted puede pedir que no reciba beneficios continuos.

**USTED PUEDE SOLICITAR UNA W-2 REVISION DE LOS FACTORES QUE INFLUYERON EN LA TOMA DE LA DECISION** si usted no esta de acuerdo con la decisión de W-2. Esta solicitud debe de ser hecha separada de cualquier solicitud de Audiencia Imparcial de los beneficios de Medicaid/BadgerCare, FoodShare o Child Care. Usted puede solicitar una Revisión de los Factores que influyeron en la toma de la decisión (Fact Finding Review) llamando o escribiendo a su trabajador de la agencia W-2. Un especialista (Fact Finder) de W-2 revisara su caso. El especialista de W-2 revisara los asuntos de servicios como posiciones de empleo tales como Emergency Assistance. Dependiendo de la situación, los servicios W-2 talvez no continuen pendiente la decisión de los factores que influyeron para tomar la decisión. Si usted o su representante falla a comparecer con el Fact Finding sin causa justificada, su solicitud será considerada abandonada y será descartada.

**USTED PUEDE REPRESENTARSE ASIMISMO O SER REPRESENTADO** en la audiencia, conferencia o Fact Finding por un abogado, amigo o cualquier otra persona que usted escoja. Nosotros no podemos pagar por su abogado. Sin embargo, servicios legales pueden estar disponibles para usted si califica. Si usted no se presenta, o su representante no se presenta en la audiencia o Fact Finding sin causa justificada, su apelación se considerara abandonada y será descartada.

**SI USTED ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE W-2 O DE FOODSHARE,** debe completar todas las actividades asignadas, incluyendo los requisitos de Learnfare, para recibir beneficios o pago completo. Cualquier hora perdida sin causa justificada pueden resultar en una reducción en el pago o beneficios.

**SI USTED ESTA RECIBIENDO BENEFICIOS DE W-2, MEDICAID/BADGERCARE, CHILD CARE O FOODSHARE,** debe cooperar con la Agencia de Apoyo a Niño (Child Support Agency) a menos que usted tenga una razón de causa justificada. Su trabajador le puede proveer con mas información acerca de la Cooperación de Apoyo a Niño (child support cooperation). Aunque usted no será elegible para programas tales como W-2, Medicaid/BadgerCare, Child Care o FoodShare Wisconsin, hay ayuda disponible para obtener o incrementar sus pagos de Apoyo de Niño. Comuníquese con la Agencia de Apoyo a Niño de su condado para más información.

**REVISION COMPUTARIZADA:** Si usted trabaja, los salarios que usted reporte son revisados por la computadora con los salarios que su empleador reporta al Department of Workforce Development. El Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division y el Department of Transportation pueden también ser contactados para obtener información acerca de ingresos y activos que usted pueda tener.

**SI USTED RECIBE MEDICAID/BADGERCARE,** presente su tarjeta Forward a sus proveedores de Medicaid/BadgerCare tales como, médicos, hospitales, farmacias, dentistas, etc. Presente su tarjeta Forward cada vez que usted visite un proveedor. Para algunos servicios, usted talvez tenga que pagar un co-pago a su proveedor. La cantidad depende en cuanto cueste el servicio. Su proveedor debe de decirle si un co-pago es requerido o si un servicio específico no es cubierto por Medicaid/BadgerCare. Su trabajador responderá cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de los programas de Medicaid/BadgerCare.

**SI USTED RECIBE BENEFICIOS O SERVICIOS,** usted debe de seguir estas reglas:

- NO de información falsa o esconda información para obtener o continuar obteniendo beneficios.
- NO intercambie o venda sus beneficios de FoodShare o tarjetas Forward.
- NO altere tarjetas para obtener beneficios que usted no esta autorizado a recibir.
- NO use sus beneficios de FoodShare para comprar articulos no permitidos, como alcohol o tabaco.
- NO use los beneficios o la tarjeta Forward de otra persona.

Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa cualquier regla de FoodShare Wisconsin puede ser impedido de recibir beneficios de FoodShare Wisconsin por 12 meses después de la primera violación, 24 meses después de la segunda violación y permanentemente después de la tercera violación. El individuo también puede recibir una multa hasta de \$250,000, encarcelamiento hasta de 20 años o ambos. Una corte puede también impedirle que reciba beneficios de FoodShare Wisconsin por 18 meses adicionales. La persona también puede ser sujeta a futuro procesamiento bajo las leyes que aplican.

Cualquier miembro de su grupo familiar que intencionalmente rompa cualquier regla del programa con el propósito de obtener o seguir obteniendo su elegibilidad para W-2 o para incrementar la cantidad de los pagos de W-2 a la familia, puede causar una reducción o terminación de los servicios de W-2. Después que tres (3) Violaciones Intencionales al Programa ocurran, el individuo y el grupo familiar completo de W-2 pueden ser completamente excluidos del programa W-2. Las mismas reglas aplican para el Child Care Program.

RE: Federal Regulations 7 CFR 273, 42 CFR 431, 42 CFR 433, 42 CFR 435

Wisconsin Statutes 49.141, 49.161, 49.22, 49.45, 49.49, 49.95